



IMÁGENES

Epiglottitis: una urgencia. Signo del pulgar

Epiglottitis: An emergency. Thumb sign

Ion Koldobika Iríbar Diéguez^{a,*}, Alberto Urrutikoetxea Sarriegi^b
y José María Hernández Madorrán^b

^a Médico de Familia, Servicio de Urgencias, OSI-Hospital Comarcal del Bidasoa, Hondarribia, Guipúzcoa, España

^b Servicio de Otorrinolaringología, OSI-Hospital Comarcal del Bidasoa, Hondarribia, Guipúzcoa, España

Mujer de 34 años, asmática de base en tratamiento con fluticasona/formoterol. Consulta por odinofagia, otalgia bilateral y fiebre de 38,5° de 48 h de evolución. Refiere disfagia asociada, sin disnea.

Sus constantes son: presión arterial 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca 79 lpm, saturación basal de oxígeno 100%, frecuencia respiratoria 15 rpm y temperatura 36,2°; en la exploración otorrinolaringológica destacan: un tono bajo de voz y leve trismus, siendo la exploración orofaríngea y la otoscopia anodinas.

Sospechando epiglottitis, solicitamos una analítica (destaca una elevación de marcadores de inflamación aguda: reacción en cadena de la polimerasa 202 mg/l y leucocitosis [28.870/μl] con neutrofilia del 82,1%) y una radiografía lateral de cuello: se apreciaba una imagen compatible con engrosamiento de la epiglotis o «signo del pulgar» (fig. 1).

Ante estos datos iniciamos tratamiento con ceftriaxona y metilprednisolona y solicitamos una valoración por parte de Otorrinolaringología que, mediante una rinofibrolaringoscopia, confirma la sospecha de epiglottitis aguda (fig. 2), comprobando la permeabilidad de la vía aérea.

Discusión

La epiglottitis es una inflamación supraglótica¹⁻⁶ conocida desde antiguo. La primera referencia que hemos encontrado data de 1791¹.

La causa²⁻⁶ más común es una infección por *Haemophilus influenzae* tipo b, aunque puede ser provocada también por otras bacterias, virus respiratorios, hongos y por otras causas no infecciosas: traumatismos, causticaciones, quemaduras.

Su incidencia²⁻⁶ ha disminuido drásticamente en la población pediátrica con la vacunación contra la *Haemophilus influenzae* tipo b (autorizada en España en 1994), pero en la población adulta permanece estable (0,6-4/100.000 habitantes).

La clínica²⁻⁶, de rápida instauración y progresión, en adultos se inicia con odinofagia y fiebre elevada. Puede incorporar: disfagia, voz apagada, trismus, sialorrea y disnea alta con taquipnea y estridor, según el grado de inflamación. Son estos últimos síntomas (que empeoran al acostarse) los que deben elevar nuestro nivel de sospecha. Evitaremos, ante la presencia de los síntomas más graves, la manipulación de la cavidad orofaríngea^{2,4}, que de explorarla mostrará casi normalidad.

Existe un riesgo real de obstrucción total de la vía aérea superior en los casos más graves²⁻⁶, que, además, se pueden complicar con abscesos y septicemia, elevando el riesgo de mortalidad^{5,6}.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ionkiribar@yahoo.es
(I.K. Iríbar Diéguez).

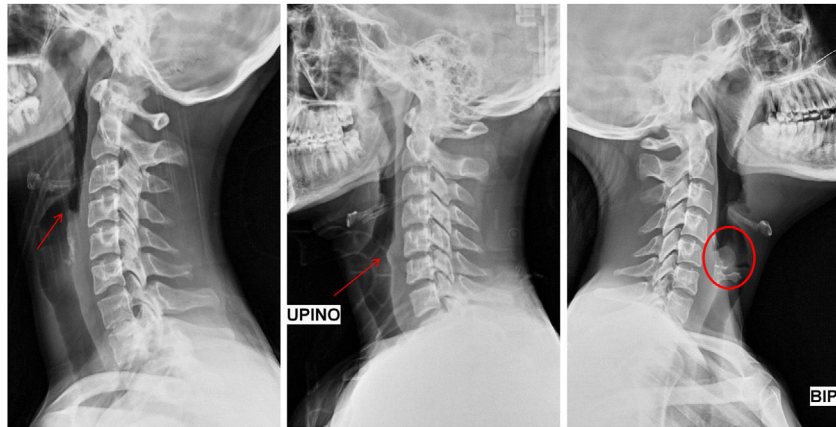


Figura 1 Radiografía lateral cuello. Las imágenes a y b son compatibles con la normalidad, observándose una sombra epiglótica, señalada con una flecha, puntiforme o «signo del dedo meñique» (a) o aplanada (b). En c destaca un marcado aumento de la densidad de la región epiglótica o «signo del pulgar», señalado con un círculo.

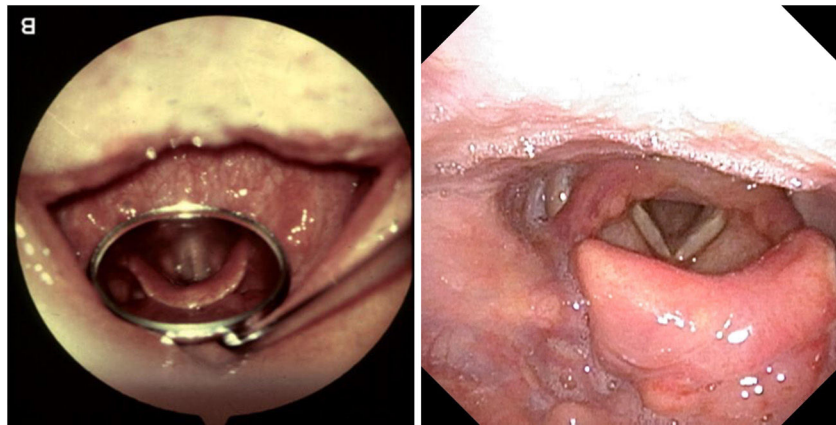


Figura 2 Visión de una epiglotis sana a través de una laringoscopia indirecta (a)*, comparada con la visión a través de una rinofibrolaringoscopia directa de una epiglotis edematosa e inflamada diagnóstica de epiglotitis, comprobando la permeabilidad de la vía aérea (b). *Remacle M, Lawson G, Giovanni A, Woisard V. Exploración de la laringe. EMC-Otorrinolaringología. 2006;35:1-15. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1632-3475\(06\)45293-0](https://doi.org/10.1016/S1632-3475(06)45293-0).

La sospecha diagnóstica debe ser precoz y descartar este cuadro una emergencia, lo que requiere una urgente valoración hospitalaria y otorrinolaringológica³⁻⁶.

En Urgencias, el manejo²⁻⁶ se basa inicialmente en asegurarse de que la vía aérea esté permeable: preferiblemente antes de que disnea, estridor o tiraje obliguen a intervenir precozmente en la misma para hacerlo.

Comprobada la estabilidad clínica, inicialmente solicitamos: una analítica (que mostrará elevación de reactantes de fase aguda)⁴ y una radiografía lateral de cuello, en la que, si bien su normalidad no excluye el diagnóstico⁵, observar el «signo del pulgar» o un engrosamiento de la epiglotis y los repliegues aritenopiglóticos (fig. 1) ofrece una sensibilidad cercana al 90%³.

La prueba diagnóstica gold standard es la visión directa de la inflamación y el edema epiglóticos con una rinofibrolaringoscopia directa³⁻⁶ (fig. 2). Esta descarta simultáneamente otras posibilidades etiológicas, como un posible absceso parafaríngeo, y permite valorar la permeabilidad de la vía aérea.

Sin otorrinolaringólogo, una tomografía axial computarizada (prestando especial atención a la tolerancia del decúbito por parte del paciente para no desencadenar un desastre)² determinaría el grado de inflamación.

Asegurada la permeabilidad de la vía aérea (de forma intervencionista si el grado de obstrucción de esta lo requiere), el tratamiento²⁻⁶ se basa en la administración de antibioticoterapia: cefalosporinas de segunda/tercera generación y corticoterapia (no recomendada universalmente)⁶, precisando ingreso hospitalario o al menos, si la vía aérea no estuviera comprometida, ingreso en observación de Urgencias hasta la mejoría de los síntomas agudos.

Bibliografía

1. Mainwaring T. An account of an uncommon inflammation of the epiglottitis. Communicated in a Letter to Everard Home, Esq. F.R.S., and by him to Dr. Simmons. Med Facts Obs. 1791;1:40-2,

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5072801/pdf/>.
2. Guerra AM, Waseem M. Epiglottitis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [consultado 23 Mar 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430960/>.
3. Bennett NL. Epiglottitis. En: Stern SC, Cifu AS, Altkorn D, editores. Diagnóstico basado en los síntomas. Una guía basada en evidencias. 4.^a ed. Chicago: McGraw-Hill; 2021 [consultado 23 Mar 2022]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3069§ionid=263420419>.
4. Woods CR. Epiglottitis (supraglottitis): Clinical features and diagnosis. UpToDate. 2022 [consultado 23 Mar 2022]. Disponible en: <https://medilib.ir/uptodate/show/6080>.
5. López Herrero R, Pérez Herrero MA. Epiglottitis aguda del adulto, entidad todavía no erradicada y potencialmente mortal. Rev Elect AnestesiaR. 2020;11:1, <http://dx.doi.org/10.30445/rear.v11i3.729>.
6. Dowdy RAE, Cornelius BW. Medical management of epiglottitis. Anesth Prog. 2020;67:90–7, <http://dx.doi.org/10.2344/anpr-66-04-08>.